



# PIED PLAT

---

C'est l'ouverture puis la disparition de la concavité de la voûte plantaire encore appelée "cavus", un peu à la manière de l'écartement des deux branches d'un compas. Dans sa forme extrême, le pied repose en totalité sur le sol.

Il s'accompagne le plus souvent d'une déviation de l'arrière pied, dont le talon se "couche" vers l'autre pied ("en valgus") et peut avoir un retentissement sur l'avant-pied.

On définit le "plat" par la nature des empreintes plantaires sur une plateforme lumineuse dont il existe trois stades, même si cette identification n'a pas forcément de conséquence sur la prise en charge.

Cette morphologie anatomique est assez banale en soi, la plupart du temps bien tolérée mais quand ses conséquences deviennent douloureuses ou gênantes, le pied plat mérite d'être pris en charge.

**Institut de la Cheville et du Pied**

136, rue Blomet - 75015 Paris

01 43 37 68 21

**"Un pas en avant"**

## On distingue deux grands groupes

### 1/ Le pied plat (PP) statique

Il correspond aux déformations architecturales dont la principale reste le PP "valgus statique" encore appelé "primitif" ou "essentiel" car aucune autre cause n'est identifiée. Cette forme s'exprime différemment aux différents âges de la vie :

- Chez le nourrisson : la voûte osseuse existe mais elle est comblée par les parties molles ; le pied a l'air plat mais ne l'est pas ;
- Chez l'enfant : il inquiète les parents mais est rarement source de douleur ou d'une gêne exprimée ; les empreintes plantaires se normalisent en normalisant l'axe du talon. Ce n'est qu'à partir de 5-6 ans qu'il doit être pris en charge s'il persiste ;
- A l'adolescence : avec la pratique du sport et des activités, la douleur apparaît. Une forme très particulière avec une contracture douloureuse ou des symptômes de fausses entorses de la cheville à répétition accompagne certaines malformations congénitales comme deux os anormalement soudés (« synostoses ») : dans ces cas la déformation est irréductible ;
- Chez l'adulte : la permanence de la douleur et la persistance de la déformation sont la caractéristique.

Il existe d'autres causes "primitives" tel le PP après la ménopause ou dans certaines ethnies.

A côté de ces PP primitifs on trouve des causes "secondaires" quand la déformation est une conséquence :

- D'un traumatisme, et de certaines fractures du pied ;
- D'une maladie inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde) ou métabolique (diabète) ;
- D'une affection neurologique ;
- D'autres causes, plus exceptionnelles.

**"Un pas en avant"**

## 2/ Le pied plat (PP) postural

Il correspond à des situations d'adaptation du pied à des situations sus-jacentes comme une anomalie d'orientation des genoux ou de rotation des membres inférieurs, ou encore à un déséquilibre du fonctionnement des muscles qui équilibrent la position du talon.

La présentation varie donc avec l'âge :

- Marche disgracieuse, fatigabilité rapide, chutes à répétition, usure des chaussures qui inquiète les parents chez l'enfant ;
- Pseudo entorses, douleurs, contractures, difficultés à l'appui sur un pied chez l'adolescent ;
- Surcharge pondérale, douleur à la marche, pied dévié en dehors, saillie anormale sous la malléole interne, gonflement de la cheville, brièveté du tendon d'Achille chez l'adulte.

## Les examens complémentaires

La **radiographie** de face et de profil debout ("en charge") complétée d'incidences spéciales permettant de mesurer l'axe de déviation du talon est indispensable lors d'une première consultation pour permettre au chirurgien de faire un bilan complet de la déformation. Chaque forme possède ses propres caractéristiques. Chez l'adulte on recherche des signes d'arthrose, qui complique à terme cette déformation.

Des **examens plus sophistiqués**, complètent à la demande ce bilan de base, tels un scanner, une échographie ou une IRM, et seront prescrits par le chirurgien lors de la première consultation.

**"Un pas en avant"**